



Sucursal Panamá

CLIENTE NO. \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES - ASIENTO**

Asegurado: \_\_\_\_\_  
Cédula o Ruc.: \_\_\_\_\_  
Operado por: \_\_\_\_\_  
Cédula o Ruc.: \_\_\_\_\_

Datos Generales del Asegurado: **Anexar el Formulario de Información del Contratante o Cliente**  
Datos Generales del Operador: **Anexar el Formulario de Información del Contratante o Cliente**

Vigencia: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**COBERTURAS:**

	<b>Opción A</b>	<b>Opción B</b>	<b>Opción C</b>
Muerte Accidental	B/. 2,500.00	B/. 5,000.00	B/. 10,000.00
Incap. Total y Perm.	2,500.00	5,000.00	10,000.00
Gastos Médicos	250.00	500.00	1,000.00
<b>Prima Anual por Pasajero</b>	<b>B/. 3.00</b>	<b>B/. 7.00</b>	<b>B/. 10.00</b>
<b>Prima Anual por Conductor</b>	<b>15.00</b>	<b>27.00</b>	<b>50.00</b>

Opción Solicitada: \_\_\_\_\_

No. de Pasajeros: \_\_\_\_\_

Código Agrupador: \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGO:**

Voluntario: \_\_\_\_\_  
Descto. Bancario: \_\_\_\_\_ (Adjuntar Formulario)  
Descto. Tarjeta de Cr.: \_\_\_\_\_ (Adjuntar Formulario)  
Cobrador: \_\_\_\_\_ Dirección de Cobros: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Firma del Corredor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_